

A 訪問看護ステーションの大規模化に向けた経営戦略

藤田 愛

キーワード：訪問看護、大規模化、経営戦略

1. はじめに

我が国においては、人口減少、少子高齢化が進むことで生産年齢人口が1990年代をピークに減少の一途をたどる。一方で、高齢者人口の割合が増え、2060年には総人口の40%に達することが見込まれ、それにともない高齢者にかかる医療費も膨張する。もはや、生産年齢人口が高齢者を支える社会保障制度の破綻まで懸念される状況である¹。医療費の抑制のために、医療制度改革が進められている。昭和50年を分岐点とし、在宅死と病院死の割合が逆転した。以降、病院死が増え続けており、現在では約8割が病院で亡くなっている。これまでは入院治療で回復できない慢性疾患や要介護状態の生活支援まで、病院が担ってきた。そして、一般の人々は長年の経験から、命の最後も医療と介護の両方を受けながら病院で最期を迎えるという認識が強く根付いている。しかし、今後、現在の病床数では高齢者の数に対応できず、2025年には39万人が最後の行き場所を無くすと見込まれている²。病床数は増えず、終の棲家と言われている特別養護老人ホームでも看取り実施率は39%しかない(森本2014)。また家庭では、女性の社会進出や核家族型への変化により、介護を担う家族がいない状況であり、高齢者の单身もしくは夫婦のみの世帯が増加している。加えて、特に都会では、近隣の互助の文化を喪失しつつある。在宅での医療・介護を受けながら住み慣れた地域で最期まで暮らすことを可能とすることを目的とした、地域包括ケアシステムの構築が国策となったが、各地域において新たな共助の方法を見出し、さらに医療介護費を顕著に

¹ 厚生労働省「社会保障給付費の推移」 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000128233.pdf> (2017年9月1日アクセス)。

² 厚生労働省「平成29年我が国の人口動態」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/d1/81-1a2.pdf> (2017年9月1日アクセス)。

抑制するまでの効果を出すには至っていないと言われている(筒井 2014)。

国民の6割ができるだけ最後まで自宅で暮らし続けたいと希望している。しかし、家族に迷惑をかける、急変などの時の対応に不安があるといった理由で、家での生活が困難であるという意見が多い³。高齢者のみの生活になり、認知症を含む慢性疾患に伴う医療や老いによって要介護状態となっても自宅で過ごし続けるためには、住民と各地域における様々な資源と医療、介護がつながり、支え合う地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である。

高齢者医療においては、これまで救命・延命・治療の治す医療から支える医療への転換へと視座が向けられ、また本人の意思を尊重する最後まででの生き方に重点が置かれるようになってきている⁴。訪問看護師は、医療と暮らしの視点を合わせたマネジメントができ、24時間365日自宅への訪問を行い、医療とケアの両方を提供できることから、高齢者の望む自宅での生活を支えるための大きな役割を担っていると考える。

また、訪問看護ステーションが重度な医療ケアを実施し、24時間体制を維持しながら経営の安定化を図るためには、管理者が必要とされる経営能力を習得した上で、訪問看護ステーションの人員を増やし、大規模化を進めていくことが重要であると言われている⁵。

本稿では、著者が管理者として勤務する神戸市須磨区にあるA訪問看護ステーションを事例として取り上げる。A訪問看護ステーションは、常勤看護師が12名勤務し、大規模ステーションとして分類される。しかし、需要への対応や収支を含む経営状況の安定化のためには、さらなる大型化に向けた経営戦略が必要であると考え。そこで、A訪問看護ステーションの現状の経営状態を分析し、将来の成長戦略を検討する過程を通じて、地域の高齢者の質のニーズに応じられる訪問看護ステーションの戦略について考察し、A訪問看護ステーションのさらなる大型化が最善の選択であるかを検証する。

本稿は5節から構成されている。第2節では訪問看護制度の概略を説明し、第3節ではA訪問看護ステーションの現状について述べる。続いて、第4節においては、A訪問看護ステーションが取るべき経営戦略を提言し、財務シミュレーションにて検証する。最後に、第5節で全体戦略を考察し、総括する。

³ 厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書(平成16年7月)」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html> (2017年9月1日アクセス)。

⁴ 厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン(平成20年6月)」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf> (2017年9月1日アクセス)。

⁵ 厚生労働省「第142回社会保障審議会介護給付費分科会資料」<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000170293.html> (2017年9月1日アクセス)。

2. 訪問看護制度の概要

訪問看護は、訪問看護師等が自宅等に訪問して療養生活を送っている方の看護を行うサービスである。本人や家族の思いに沿った在宅療養生活の実現に向けて、専門性を発揮し、健康の維持・回復等、生活面の質の向上ができるように、悪化の予防から看取りまでを支える。訪問看護ステーションでは、24時間365日の電話相談や必要時には緊急訪問看護を提供できる体制を取っている。

訪問看護ステーションの職員は、看護職員として保健師・看護師の他、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問し、リハビリテーションを行う。サービス内容は、訪問看護師は、食事や排泄等のさまざまな療養上の助言を行い、健康状態の安定に努める。また、バイタルサインをチェックし、心身の健康状態や障がいの状態を観察し、状態に応じた助言や緊急対応、また、予防的支援を行う。さらに、医療的ケアが必要な重度の方に対しては、主治医と連携を強化し、医療処置や医療機器の管理・指導も行い、最後まで、その人らしく尊厳ある生活を送ることができるように支援する。

平成3年10月に老人保健法の改正により老人訪問看護制度が創設され、平成4年4月1日から在宅の寝たきりの老人等に対して、老人訪問看護ステーションから訪問看護が実施された。平成6年10月1日から健康保険法等の改正により、老人医療の対象外の在宅の難病児者・障害児者などの療養者に対しても、訪問看護ステーションから訪問看護が実施された。老人保健法・健康保険法などに基づく訪問看護サービスは、老人医療受給者のみでなく、すべての年齢の在宅療養者に訪問看護を提供できるようになった。平成12年4月からは介護保険法の実施に伴い、在宅の要支援者・要介護者等に認定された人に対する訪問看護の提供となり、介護保険からの給付が最優先になるが、別に厚生労働大臣が定める疾病等は、医療保険における訪問看護の提供を行う。平成20年4月から、老人保健法による老人医療制度は、高齢者の医療の確保に関する法律による後期高齢者医療へ移行となり、老人訪問看護も後期高齢者医療制度へ引き継がれた⁶。

全国的にみると、訪問看護ステーションの数は平成24年頃より増加傾向にあり、平成23年4月1日時点で5,962か所であったが、平成29年4月1日時点で9,735か所まで急増している⁷。しかし、平成25年の調査では、訪問看護ステーションの看護職の常勤換算従事者数は、2.5～3人が18.1%、3～5人48.2%、5～7.5人7.2%、10～

⁶ 日本訪問看護財団（2015）『訪問看護のあゆみ』。

⁷ 全国訪問看護事業協会「平成29年訪問看護ステーション数調査結果」<https://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/h29-research.pdf>（2017年9月1日アクセス）。

15人3.3%、15～20人0.6%、20人以上0.2%と5人以下が66.3%であり、小規模ステーションが多い⁸。訪問看護ステーションの収支比率は「黒字」が43.4%、「ほぼ均衡している」が28.4%、「赤字」が18.1%であった⁹。小規模事業所では、経営状態が安定せず、かつ少人数で24時間365日の高齢者の生活を支えることは難しく、大規模化が推進されており、平成26年度より機能強化型訪問看護療養費が新設された(表1)。

表1：機能強化型訪問看護医療費の届出基準

基準	機能強化型 訪問看護管理療養費 ¹	機能強化型 訪問看護管理療養費 ¹	従来型の管理療養費
月の初日の訪問の場合	12,400円 (+5,000円)	9,400円 (+2,000円)	7,400円
月の2日目以降の場合	2,980円	2,980円	2,980円
常勤の看護職員数	7人以上 (サテライト職員含)	5人以上 (サテライト職員含)	2.5人以上 (常勤換算、常勤専従人以上)
24時間対応体制届出	届出あり	届出あり	
ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算算定実績	年に合計20件以上	年に合計15件以上	
別表第7に該当する利用者に対する実績	月に10人以上	月に7人以上	
居宅介護支援事業を行うことができる体制整備	同一敷地内に居宅介護支援事業所が設置され、かつ、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的管理が必要な利用者1割程度についてサービス計画を作成		
24時間365日訪問看護提供体制	休日、祝日を含め計画的訪問看護を実施。営業日外でも訪問看護を提供できる体制を確保し対応すること		
地域への活動	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。看護学生の在宅看護実習、病院及び地域におちて在宅療養を支援する医療従事者の知識及び技術の習得等、在宅医療を推進する研修であること。		

3. 外部環境・内部環境

3-1. A訪問看護ステーションの外部環境

A訪問看護ステーションの主要訪問エリアは、須磨区のニュータウンを中心とした北須磨支所管内であり、面積は28.93平方kmである。

須磨区の人口は、平成6年にピーク(約18万9千人)を迎え、以降減少が続いている。平成28年10月時点の人口は、現在では神戸市全体では1,536,353人であり、須磨区は161,254人である。うち北須磨地区は72,251人となっている。高齢化率は、平成28年12月時点で神戸市平均を大きく上回る32.2%である。2025年には須磨区は高

⁸ 日本看護協会、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業協会「訪問看護アクションプラン2025」
<http://www.jvnf.or.jp/2017/actionplan2025.pdf> (2017年9月1日アクセス)。

⁹ 平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業報告書」
<https://www.zenhokan.or.jp/pdf/surveillance/h24-1.pdf> (2017年9月1日アクセス)。

齢化率が神戸市で一番高くなることが予想されている¹⁰。

2016年10月時点における須磨区の医療機関は、一般診療所127か所、うち内科62か所、在宅支援診療所24か所であり、病院は11か所で二次救急対応病院6か所（隣接区の2病院含む）である。訪問看護ステーションは11か所ある。

3-2. A訪問看護ステーションの内部環境

3-2-1. 開設から利用者確保、収支が安定するまで

A訪問看護ステーションは、医療法人を開設主体として平成16年5月1日に開設した。「看護を通して、利用者と家族の命を守り、どうありたいかという生き方に寄り添い、望む暮らしの実現を支える」を事業理念とし、地域の中で訪問看護が価値のある存在になることを目指した。開設時の看護師数は3名で常勤換算数は2.5人であった。須磨区北部はすでに古くから根付いた訪問看護ステーションや競合が多く、利用者確保できず、初年度決算は370万円の赤字となった。母体の法人は収支の回復の見込みができなければ閉鎖する方針であった。一年間の猶予を交渉し、この地区において何が新規依頼につながり、利用者確保が可能となるのか調査と思案を重ねた。そしてまず、競合ステーションが引き受けたがらない、土日祝日も訪問の必要な医療依存度の高いケースや、医療だけでなく社会的な複数の課題を抱え、在宅生活に多くの困難を要するケースなどを積極的に受けた。他のステーションが忙しくて断った、訪問看護師による地域の医療介護従事者への研修の講師を務め、訪問看護師の視点や思考を明らかにしつつ事例展開を紹介した。特に介護支援専門員から、訪問看護師がどのようなことができるのかの具体的なイメージができたという感想を得た。また、筆者は当時、介護支援専門員も兼務していたため、会合に参加し、介護支援専門員の訪問看護に対するニーズや在宅生活をマネジメントする時の困りごとをリサーチして回った。地域の介護支援専門員の8割程度が、介護支援専門員になる前に介護職であったことから、医療についての知識がないことに困っていた。ささいなことでも相談にのることを宣伝し、少しずつ相談が増えていった。このような試みが接点となり、一件、また一件と新規依頼がくるようになり、翌年には利用者確保して黒字転換することができた。利用者だけでなく、依頼先のケアマネジャーのニーズに応えることから始めたことで、その後も利用者は毎年着実に増えた。利用者増加に伴い看護師も増やし収支は安定した。

平成29年9月1日時点のA訪問看護ステーションにおける職員構成を表2に示す。

¹⁰ 須磨区ホームページ <http://www.city.kobe.lg.jp/ward/kuyakusho/suma/shoukai/>（2017年9月1日アクセス）。

表 2 : A 訪問看護ステーションの職員構成

職種	人数	
看護師	14名	うち常勤11名
理学療法士	8名	うち常勤1名
作業療法士	2名	
言語聴覚士	1名	
事務員	3名	うち常勤2名
心理カウンセラー	1名	職員カウンセリング
顧問弁護士	1名	随時相談
介護支援専門員	4名	うち常勤3名 居宅介護支援事業所併設

(平成29年9月1日現在)

利用者240名に対して、訪問看護指示書を交付し、連携する主治医は106名であり、所属は診療所51、病院17か所である。介護支援専門員は98名で47事業所である。利用者は75歳以上が7割を超え、主病名は、がん末期・神経筋難病・認知症・脳血管障害後遺症・精神疾患・心疾患がそれぞれ約10%、糖尿病・呼吸器疾患・腎疾患・その他慢性疾患が5～9%である。医療保険と介護保険の割合は3対7である。重症度においては、軽症でありながら認知症などで一部の療養管理の支援が必要な方から、退院直後の在宅移行期における早期に介入し看護で全身状態を観察しつつ、リハビリで日常機能の回復のためのリハビリを短期頻回に訪問する方、また脱水や感染症など急性期治療や終末期の方まで幅広く、かつ身体ケアから医療処置・療養相談等を各家庭の状況や価値観の違いに沿って多様な看護を行っている。世帯の状況は高齢者の独居2割、高齢夫婦のみ3割となっている。

3-2-2. 看護師の確保と育成

開設から数年間、病院勤務の経験しか持たない看護師たちに、訪問看護師としてひとりで訪問して判断することについて、安心や自信を持たせるための教育やサポートを十分に提供できなかった。小規模だったため著者自身も訪問看護を行って利益を上げる必要があり、管理職との兼務で退社は深夜になることが多かった。昼間の看護だけでも自信が持てない看護師たちは24時間体制のためのオンコール当番を拒み、育つまでの5年ほどはひとりでオンコールを担当した。育成を待ち、6年目からは常勤看護師とオンコールを交代するようにした。判断に困れば所長に相談してかまわないというサポート付きから始めた。最初は利用者からの不調等の連絡があるたびに所長に相談する状況であったが、次第に日中の訪問看護の予測性と準備を整えておくことの

必要性を感じ、救急時対応のノウハウを獲得していった。日中4～5件の定期訪問をこなし、その後自宅に携帯を持ち帰り緊急時の対応をし、翌日も通常の勤務をすることの心身の負荷は大きい。自身のオンコール当番の経験から、当番の頻度は週1回が適当と判断した。その後、所長を除いて7名の常勤看護師にまで増やすことに至った。看護師の成長支援や教育については相当な試行錯誤があったが、それぞれのキャリアアップへの思いや能力に応じて方法を見出していった。現在では、利用される方にとって真に役に立つ看護を提供したいという目標を持つメンバーで構成されている。訪問看護の役割や質についての教育は、自らの視点や思考過程を、センターの訪問看護アセスメントシートとして開発した。導入当初は一部の利用者から試行し、改良を重ねて全利用者に活用することを業務に組み入れた。何度も書いているうちに、訪問看護の役割や具体的に何をすればよいのか分かるようになったという感想が続き、看護師たちが利用者の疾患・暮らしの意向を踏まえた看護計画の立案と実践をするために役立つツールとなった。

しかしながら、訪問看護ステーションに就職する看護師は全体の2%に過ぎず、依然として看護師の多くは病院勤務である。A訪問看護ステーションでは、看護師が家庭の事情等で退職する。また、利用者増加に伴う増員は難航し、今年度は初めて予定退職前の採用ができなかった。看護師全員が月90件以上訪問する状態であったため退職者の担当していた利用者を所内で引き継ぐことができず、他のステーションへ交代をしてもらえない状態になった。常時満員状態が続き、看護師たちは次々に「毎日追われて、隙間がない」という心身の疲労が続いており、仕事へのモチベーションが低下している。訪問看護の質も看護師自身の満足の質も兼ね備えた経営戦略が必要である。

3-2-3. 訪問看護の成果

訪問看護の成果として、下記の4点について詳細を述べる。

- ① 家で最期まで過ごしたいという高齢者の望みの実現
- ② 24時間緊急時体制、対応の実績
- ③ 退院・発症直後の早期介入による要介護状態の改善や悪化の予防
- ④ 機能強化型訪問看護ステーションとしての地域貢献

① 家で最後まで過ごすという高齢者の望みの実現

非がん疾患（慢性疾患）高齢者の終末期においては、がん疾患の場合と比較してどこからが終末期なのか、どこまでが治療ができると考えるのかのコンセンサスが得られておらず、緩和ケアへの移行期が明確ではなかった。そのため、家にいたいと希望する

多くの高齢者が自身の意思を問われず、救命や延命のみが優先された。家族と医師の決定によって入院治療の方針が決まり、高齢者自身が望まぬ場所・望まぬ医療が最後まで続けられる中で最後の時間を過ごし、亡くなってゆく状況であった。そのような高齢者から「無念である」の最後の言葉を託されたこともあり、非がん疾患終末期高齢者と家族の意思決定支援と実現の看護の確立を目指した。そして、がん疾患終末期高齢者と同様に本人の意思を早い時点から確認し、最後まで家で過ごしたいという意思を尊重できる医療のあり方を相談し、家族や関係者と合意形成をする過程を展開できるようになった。平成 27 年度の須磨区における在宅死は 302 名、在宅死亡率は 18.8% であった¹¹。在宅死の調査は必ずしも在宅医療や訪問看護を受けての看取りとはなっておらず、突然死や事件死なども含まれているが、A 訪問看護ステーションにおける、平成 28 年度の在宅死は 49 名であり、須磨区の在宅死の約 16% を占める。A 訪問看護ステーションの看護が、高齢者の希望する最後の過ごし方を知ることから始まる意思決定支援と、その医師の実現することに大きな貢献ができていていると考える。しかし、地域住民には、最後まで家で暮らせる選択肢や支援についての情報はほとんど行き届いていないのが現状である。また、ケアプランを作成するケアマネジャーには、生命の最終段階の見極めや過ごし方のマネジメントができておらず、訪問看護の利用がないまま入院、入所の転帰をたどっていることは少なくない。依頼があった時にはすでに重症の状態、本人の意思尊重より、救命のために救急搬送をするしかなく、入院先で亡くなるのが年に 5～10 件程度発生している。今後、終末期高齢者と家族の意思決定支援と実現についてより広く訪問看護が利用されることで、最後まで家で暮らすことの実現が期待される。

② 24 時間緊急時体制、対応の実績

平成 28 年度の深夜・早朝・休日の対応について、図 1 は月別の電話のみ対応・訪問対応それぞれの件数の推移を示している。また、一度も電話、訪問の対応がなかった日数を月別で合計した推移を表 3 に示す。さらに平成 28 年度の一年間の 423 件の対応についての内容別に分類した（図 2）。平成 28 年 10 月の緊急対応のあった 31 事例について、6 件を抜粋し、用件と対応方法の内容を示した（表 4）。31 件の対応のうち医師の対応を、事前指示による看護師の対応・その場で医師に報告し対応相談・訪問診療の 3 つに分け割合を示した。深夜早朝休日に医師の対応が必要だったのは 10% であった（図 3）。

¹¹ 兵庫県「平成 27 年保健統計年報(市区町村別死亡数・死亡場所)」
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf02/documents/h27dailsetsu.xls> (2017 年 9 月 1 日アクセス)。

自宅で療養管理を必要とする利用者にとって、訪問看護師が行う 24 時間の緊急時対応は何かあれば相談・対応をしてもらえるという安心感につながる。さらに、病状の悪化予防のための対応ができており、在宅生活の継続が可能となることから大きな支えとなっている。北須磨地区は、訪問診療をする診療所の医師の資源が乏しい地区であり、開設当初から自宅で暮らし続けたい高齢者のニーズに応えるために、医師でなくても、看護師でできることを最大限に増やすことに挑戦を続けてきた。予後予測に伴う事前指示や、一例ずつを全員で共有しながら看護師による 24 時間対応能力や技術の向上を図った。結果、深夜早朝、休日における医師の対応を求める必要があったものは 1 割以下となった（図 3）。次第に、ひとりまたひとりと医師診療所の医師が訪問看護師との連携があれば、在宅医療の実施が可能ではないかと考えるようになり、訪問診療や看取りを行う診療所が増えた。

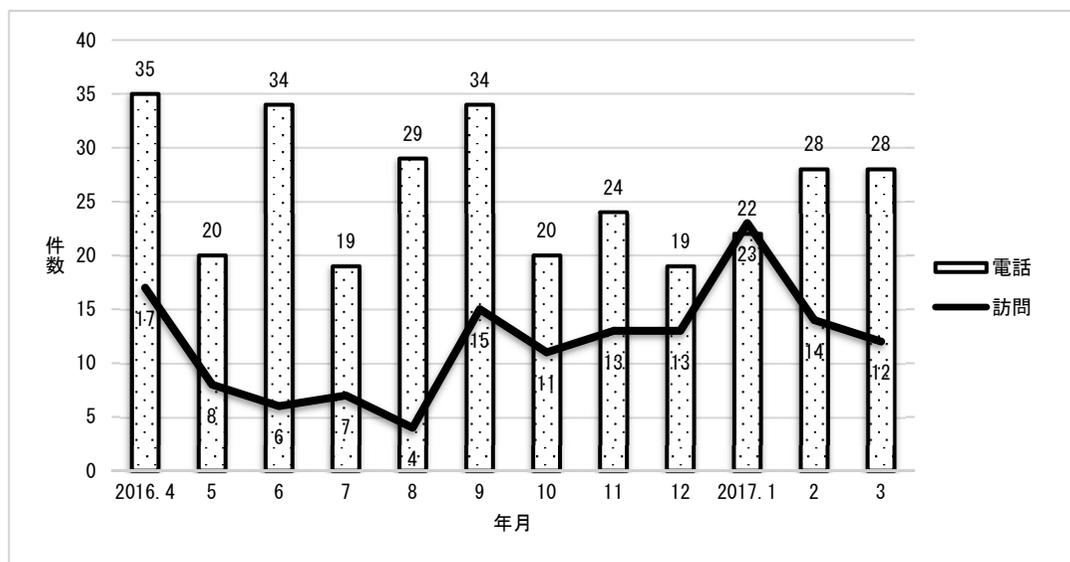


図 1：平成 28(2016)年度 深夜・早朝・休日対応件数（月別）

表 3：平成 28(2016)年度 電話、訪問対応なし日月別合計

年	2016 年										2017 年		
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
緊急対応なし日数	8	18	15	18	14	14	16	14	13	12	6	8	

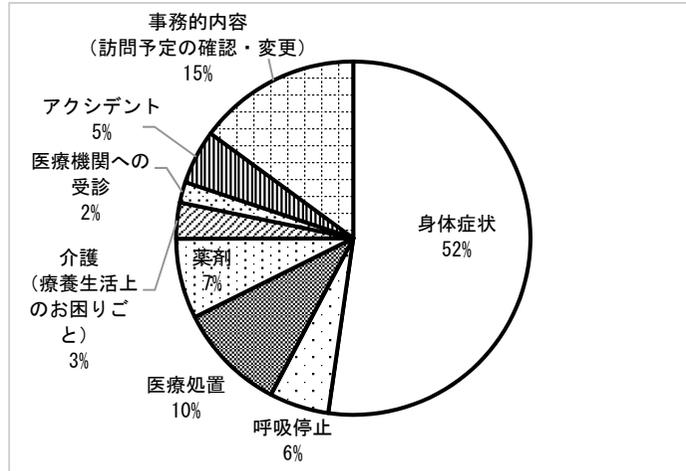


図 2：平成 28 (2016) 年度 緊急時対応相談内容 (n=423)

表 4：平成 28 年 10 月の深夜・早朝・休日の対応事例 (n=31)

事例	対応時間	利用者・連絡者	用件・状況	判断・対応	看護師の対応	医師の対応
1	11 時台	家族	息が止まっているみたいです。	担当にも連絡し、12 時訪問、呼吸停止確認。主治医にも連絡。家族の到着を待って 14 時から一緒にケア行う。18 時医師訪問あり、死亡確認。	訪問	訪問
2	21 時台	家族	息が苦しいと言ってベッドを行ったり来たりしている。どうしたらいいでしょうか。	状態を聞き取る。本日ショートステイから帰ってきた。ショート中、眠剤を飲んでいるせいか夕食を食べてない。利尿剤で尿は出ている。便が出るタイミングで苦しくなるみたい。今も便をして苦しくなったと話しているうちに落ち着く。	電話のみ	事前指示・事後報告
3	0 時台	家族	夜中に目覚めて、物を投げたり、暴言がありどうしたら…と。	せん妄か、単発的なものか、体調も気になるが「いつも通り」としか情報が得られず。様子みるか心配なら訪問もと提案。「もう少し様子みます」のお返事。危険ないようにしていただくこと、何かあれば電話下さいとし朝まで連絡なし。	電話のみ	事前指示・事後報告
4	20 時台	家族	しばらく様子みたが、便も出ないしお腹も張っているので訪問して浣腸を希望される。	緊急性は高くないと判断したが、100 歳という年齢と心配する家族の強い希望にて、訪問しグリセリン浣腸を行う。	訪問	事前指示・事後報告
5	18 時台	ヘルパー	熱が 38℃ある。本人は元気でご飯も食べれる大丈夫と言っている。どうしたらいいですか。	直接ヘルパーに状況確認し、いつもと様子変わらないが体交時の咳が気になるとのことで訪問。一食事もされ、一旦 37.3℃に解熱、再検すると 38℃に上昇しいつもより咳多く呼吸器感染の可能性もある感じ。今晚は、手持ちのロキソプロフェン、胃薬服用。週末になる為、翌日訪問し主治医につなぐ流れとする。	訪問	事前指示・事後報告

表4：平成28年10月の深夜・早朝・休日の対応事例（n=31）（続き）

事例	対応時間	利用者・連絡者	用件・状況	判断・対応	看護師の対応	医師の対応
6	7時台	家族	まだ調子が悪くて見に来てもらえますか。喉の痛みがあった。昨日の昼間は熱もなかったが、昨夜は37.8℃、今朝は37.5℃と。いつもの事ですみません、昨日から臨時でもらっている風邪薬類は一式飲んでいる。	急ぎではないが訪問希望あり、本日の日中訪問を調整する。	電話のみ	事前指示・事後報告

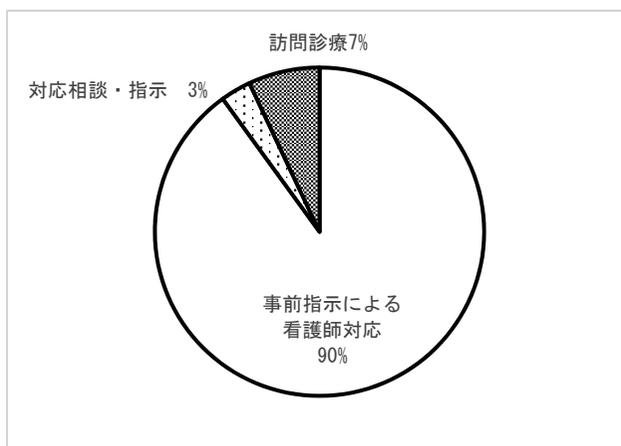


図3：平成28年10月の深夜・早朝・休日の医師の対応別割合（n=31）

③ 退院・発症直後の早期介入による要介護状態の改善や悪化の予防

平成28年度の訪問看護の終了者157名のうち、軽快での終了者は32名で終了者全体の20%を占めた。32名は16名が訪問看護を、16名が訪問リハビリを利用していた。いずれも退院・発症直後の早期に訪問を行い、看護では病状の改善、インシュリンや服薬管理など療養指導により本人または家族で実施ができるようになったものである。リハビリでは退院から在宅移行期に自宅内での生活動作の確立を行って終了となった。退院直後や一時的な症状悪化における看護やリハビリの介入は、病状の改善、介護度の改善につながることを示唆している。申請した介護保険が不要となり、取り下げた者も2名いた。今後も重点的な活動として取り組みたいと考えている。

④ 機能強化型訪問看護ステーションとしての地域貢献

これまでの実績から算定要件を満たし平成26年度の制度創設に伴って機能強化型1（表1）の認定を受けた。「地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研

修を実施していること」が算定要件の一つであり、意識して、地域ケアの向上のための多職種連携の会の立ち上げや住民への在宅ケアの講演活動も行うようになった。

3-2-4. 財務分析

A訪問看護ステーションの平成28年8月から平成29年7月までの一年間における新規依頼は177件で、依頼先の所属は病院・診療所66件（37%）、居宅介護支援事業所104件（59%）、家族から直接7件（4%）となっている。開設から13年で北須磨地区において知名度と信頼を得て、多数の機関からの新規依頼があり、利用者数、訪問件数ともに年々増加している（図4）。

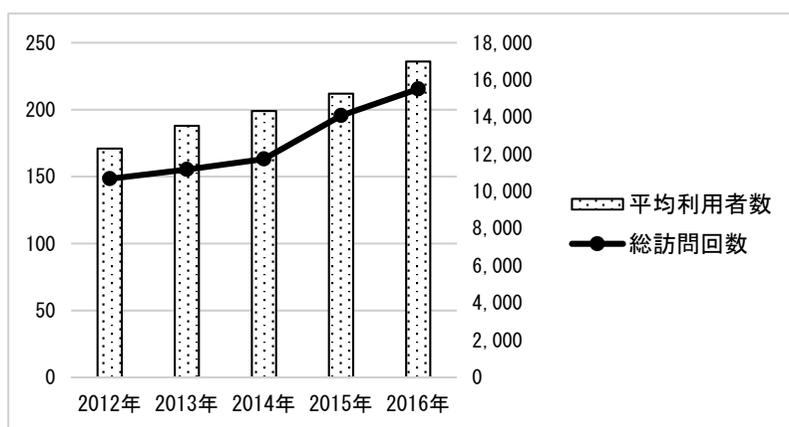


図4：平均利用者数（棒グラフ・左軸）、年間総訪問件数（折れ線・右軸）の推移

須磨区全域における訪問看護のシェア率は9.4%であるが、事業所の半径2km以内の近隣地区においては、シェア率が57.7%に到達している。Aステーションのシェアを、(Aステーション利用者数) / (エリア内訪問看護利用者数)として、次の方法で算出する（萩原2008）。訪問エリアを半径2kmとすると、

- (1) 訪問エリアの面積は、 $2 \times 2 \times 3.14 = 12.5$ 平方kmである。
- (2) 神戸市須磨区の人口密度は約5,500人/平方km（平成29年8月）である¹²。よって、エリア内人口は、 $12.5 \times 5,500 =$ 約7万人である。
- (3) 神戸市における訪問看護利用者数は9,106人（平成29年度）であり¹³、神戸市の人口は1,533,321人（平成29年8月）である¹⁴。よって、訪問看護利用者出

¹² 兵庫県「兵庫県推計人口（平成29年8月1日現在）」 <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk11/jinkou-tochitoukei/suikeijinnkou.html>（2017年9月1日アクセス）。

¹³ 神戸市「神戸市介護保険制度の実施状況」 <http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/shiryo/jisshi/index.html>（2017年9月1日アクセス）。

¹⁴ 兵庫県「兵庫県推計人口（平成29年8月1日現在）」 <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk11/jinkou-tochitoukei/suikeijinnkou.html>（2017年9月1日アクセス）。

現率は 0.00594 であり、この数値を用いると、訪問エリア内の利用者は 7 万人
 $\times 0.00594 = 416$ 人と推計される。

(4) 以上より、シェアは $240 / 416 = 57.7\%$ と算出される。

同様に、訪問エリアを半径 5 km とすると、シェアは 9.4% と算出される。

2012～2016 年度の収支状況を、図 5、表 5 に示す。

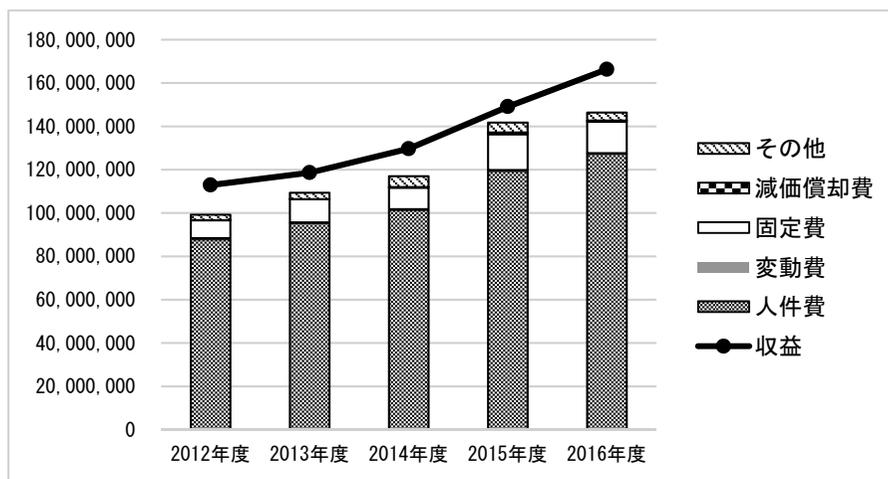


図 5 : 2012～2016 年度の収支状況

表 5 : 2012～2016 年度の収支状況及び対売上高構成比

	2012 年度		2013 年度		2014 年度		2015 年度		2016 年度	
	(円)	(%)								
事業収益	112,902,065	100.0	118,609,213	100.0	129,674,270	100.0	149,108,798	100.0	166,312,765	100.0
人件費	87,799,891	77.8	95,427,797	80.5	101,420,191	78.2	119,406,339	80.1	127,338,338	76.6
変動費	635,627	0.6	276,383	0.2	333,257	0.3	410,159	0.3	288,346	0.2
固定費	8,202,096	7.3	10,689,019	9.0	9,918,077	7.6	16,558,343	11.1	14,455,736	8.7
減価償却費	45,030	0.0	24,796	0.0	296,978	0.2	833,753	0.6	606,167	0.4
その他費用	2,566,966	2.3	2,915,236	2.5	5,027,041	3.9	4,524,301	3.0	3,666,574	2.2
償却前利益	13,697,485	12.1	9,300,778	7.8	12,975,704	10.0	8,209,656	5.5	20,563,771	12.4
税引前利益	13,652,455	12.1	9,275,982	7.8	12,678,726	9.8	7,375,903	4.9	19,957,604	12.0

2012～2016 年度にかけて、税引前利益は、利益率の変動はあるものの、黒字で推移している。収益に占める人件費の比率は 8 割弱となっている。2015 年に一時的に人材紹介委託費が増加したため、利益率が 4.9% まで落ち込んだが、2016 年には 12.0% に回復している。

3-2-5. SWOT 分析

A訪問看護ステーションのSWOT分析を行い、強みと弱み、外部環境の機会と脅威についてまとめた結果を表6に示す。

表6：SWOT分析結果

	プラス要因	マイナス要因
内部環境	<p>強み (Strength)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 先回りして問題点を見つけて解決する「気づき」の訪問看護を実践 ● サービス申込希望者が殺到 ● 黒字経営が続き、借入金負担がない ● 労働集約サービスで、在庫・固定資産の制約がない ● 看護記録が充実 ● 利用者の役に立ち、地域に貢献したい職員がそろっている 	<p>弱み (Weakness)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 従業員不足で利用者数増加に対応できない ● 従業員の時間外労働の増加 ● 従業員のモチベーション低下 ● ひとり一人の利用者のマネジメントにかける時間の不足 ● 経営管理全般を所長が一人で担っており、組織運営に支障をきたしている ● 所長以外は全員が訪問の実務だけをこなしており、利用者、職員の増加に伴う組織体制が取れていない ● 記録、情報共有にかかる時間の効率化ができていない ● 重症者の訪問時間の延長や急変による緊急・臨時訪問に対応するため、訪問時間を厳守することができない
外部環境	<p>機会 (Opportunity)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者である高齢化人口の増大が見込まれる ● 国策として在宅医療が推進されている ● 地域で築いた医師・ケアマネとの強い信頼関係 ● 2km圏内のシェア率が高く移動に費やす時間が少ない ● IoTなど情報通信技術の低コスト化 	<p>脅威 (Threat)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 競合は今後も増加傾向にある ● 看護師の人材確保が難しい ● 固定費は増加しても医療保険制度による報酬が増える見込みはない ● 介護支援専門員が医療ニーズの判断ができず、必要な訪問回数や時間の必要性が認められにくい ● 財源の不足から利用者負担が増え、利用の差し控えが生じる ● 家族の協力が得られない高齢者のみの世帯が増え、保険サービスだけでは担えない ● 要求が多様化する傾向 ● 地域住民との直接接する機会が乏しく、訪問看護の存在も情報も周知されていない

3-2-6. 今後の経営課題

質的にも財務的にも飛躍的な成長をしたものの、訪問件数の多さと記録や情報共有

に費やす時間のための残業による看護師の疲労が続いている。新規依頼数に対する看護師の増員が追いついておらず、看護師自身の健康不調や職務満足感を低下させている。担当していた利用者を他のステーションに引き継ぎ、新規依頼を断ることで、一時的にダウンサイジングをして職員の健康を回復しているところである。訪問ができなかった20名の利用者の損失はAステーションの信頼だけでなく、収益の面からも年間にして1,200万円を超える。さらに新規依頼を断り続ける状況が続けば、「いつもいっぱい断られるステーション」としての評判が広がり、競合他社に流れる依頼者を引き戻すには相当の時間を要するリスクも存在している。看護師の新規採用を増やすためにこれまで以上の努力が求められる。

新規依頼先は居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員が約60%を占めている。家族からの依頼は4%であり、今後は訪問看護の必要性や事業所の選択を地域住民自身ができ、新規依頼が増えるような取り組みが必要である。

4. 今後の成長戦略

4-1. 短期成長戦略（今年度）

A訪問看護ステーションには訪問看護サービスの申し込みがあるものの、看護師の人数が足りないために需要に供給が追いついていない。人員の確保ができるまではダウンサイジングをして、質の維持と現在勤務している看護師の荷重労働の改善を優先する。記録・情報共有・書類作成の効率化を図るためにICTの導入を実現する必要がある。ツールを導入して通信端末を持たせるだけでなく、看護師に対して一定の割合で事務員を配置して情報入力を支援するサポートを実施する。訪問直後に記録できるシステムにすることで、「新人看護師や非常勤看護師が必要な看護を行えているか」の確認や、看取りが近い、体調を安定させたい重症者の経過などをタイムリーに共有でき、必要であれば指示や提案が可能である。新規採用のタイミングで今後増やす訪問看護師が順調に自立してゆくための教育ラダー作成の好機である。

4-2. 中期成長戦略（2～5年後）

蓄積している詳細な看護記録データベースを元に体系的な教育を行い、看護師間でサービスの質を揃えながら改善し、品質の面で他ステーションとの差別化を図る。子育てを含むそれぞれのライフワークバランスを実現する。これまでは質の向上に重点を置いてきたため常勤看護師が9割を占めてきた。従って、一定の利益を維持せねばならず月間の訪問件数90件以上を目標としてきた。しかし、ライフイベントに応じて柔軟な働き方を求める者が増えており、フルタイムの終身雇用でずっと働くことを前

提としていては看護師の雇用確保がままならない。そこで、看護師が当ステーションで働く期間が3～5年であったとしても、従業員全体が活性化しながら業務をこなしていく体制へと切り替えていく必要がある。現状ではOJTを中心とした半年程度の教育期間を設けているが、実務面では早々に教育を完了して実務に入る体制を構築する。短期成長戦略で導入するICTを活用し、実務教育プログラムにも反映させる。A訪問看護ステーションの訪問看護サービスの品質を定義し、あるべき看護像を確立して人材育成体系を構築する。

また、看護師がキャリアアップできるような教育プログラムを導入する。世界最先端の取り組みをしている国内・海外の病院の視察、学会への参加、資格の取得などを支援し、モチベーションの高い看護師が集まってくるような魅力的な職場とする。職場のモラルが高まると同時に、優秀な人材が集まることでさらに人材が集まってくるようなサイクルを構築する。現状ではマネジメントが代表（著者）に集中しているため、さらなる増員のためにはチームマネジメントの体制を整えていく必要がある。著者がプレイングマネージャーから経営に集中できるように、チームの取りまとめ担当を立て、チームで業務と改善が回るような組織とする。利益は人材確保・定着のための教育投資・暮らしの保健室の開設、運営の資金として蓄えてゆく。

4-3. 長期成長戦略（6～10年後）

チームで訪問看護を行える人員体制に拡充し、地域利用者にとっても看護師にとっても負担を軽減しつつ、サービス供給能力を引き上げる。魅力的なキャリアアッププログラムによって優秀な看護師を確保し、サービスの品質を確保するために、チームで看護を担えるようにする。

高齢化が進む地域の住民に対し、相談センターを開設して人的コミュニティを構築する。訪問看護に関する情報を日常的に発信し、予防に関する勉強会を実施する。

訪問看護は利用者以外には知名度が非常に低い。最期は入院して病院で迎えるものという認識の家族も増えており、自宅で最期まで暮らすという選択肢が出ずに病院で延命治療を続けることだけを想定する傾向にある。そこで、訪問看護という仕組みを知ってもらうことに加え、日頃から健康について気軽に相談できるような在宅医療介護相談センターを新設する。須磨区の「暮らしの保健室」という位置付けとし、体調が本格的に悪化してからやってくるのではなく、日常的にやってきてお互いに交流する場とする。高齢化してからの生活の悩みを相談したり、ちょっと出かける間はお互いが面倒みたりするようなコミュニティを構築する。訪問看護について内容を知ってもらうと同時に、看護師が窓口を務めることでセンターを利用する前から人間関係を

構築することができる。そのため、いざ訪問看護が必要になった時に、真っ先に当ステーションが選択肢に上がるようにする。

4-4. 今後のアクションプランおよび収支シミュレーション

今後のアクションプランを表7（次ページ）の通りまとめた。そして、このアクションプランに従って、収益と費用と必要利用者数を見積もった（図5、表8）。2021年の大型化実現以降は目標利益率を達成する収支見通しとなった。

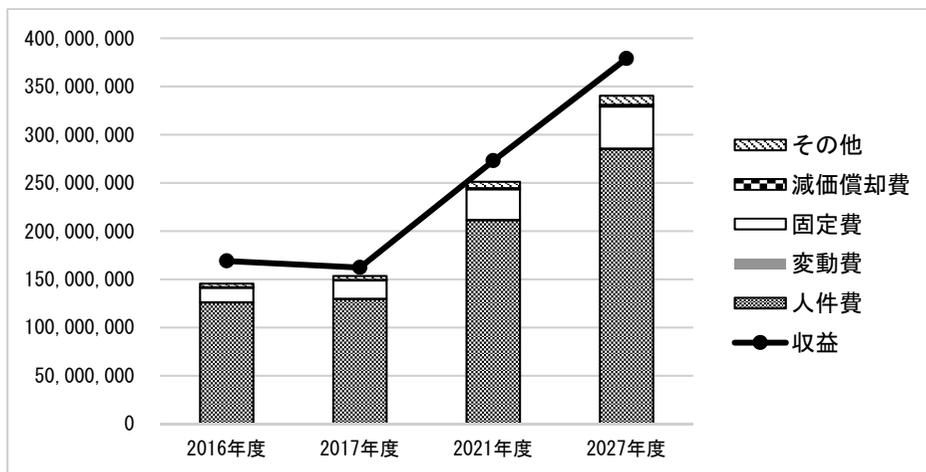


図5：将来収支見通し推移

表8：収支見通し推移

	2016年度		2017年度		2021年度		2027年度	
	(円)	(%)	(円)	(%)	(円)	(%)	(円)	(%)
事業収益	169,000,000	100.0	162,250,000	100.0	273,000,000	100.0	379,000,000	100.0
人件費	126,000,000	74.6	129,600,000	79.9	211,200,000	77.4	285,000,000	75.2
変動費	288,346	0.2	276,829	0.2	465,790	0.2	646,646	0.2
固定費	15,061,903	8.9	19,030,925	11.7	31,695,967	11.6	43,630,387	11.5
減価償却費	606,167	0.4	650,000	0.4	1,200,000	0.4	1,800,000	0.5
その他費用	3,666,574	2.2	3,888,791	2.4	6,555,390	2.4	9,333,097	2.5
償却前利益	24,589,344	14.5	10,103,456	6.2	24,282,853	8.9	42,189,870	11.1
税引前利益	23,983,177	14.2	9,453,456	5.8	23,082,853	8.5	40,389,870	10.7
必要利用者数	221人		259人		366人		530人	

表7：今後のアクションプラン

	2016年 (現状)	2017年 (1年後)	2021年 (5年後)	2027年 (10年後)
職員構成	【看護師】常勤12名・非常勤3名 【療法士】常勤1名・非常勤10名 【事務員】常勤1名・非常勤2名 【介護支援専門員】常勤3名・非常勤1名	【常勤看護師】退職者補充2名（合計12名） 【非常勤看護師】2名追加（合計5名）	【常勤看護師】8名追加（合計20名） 【非常勤看護師】10名追加（合計15名） 【作業療法士・言語聴覚士・常勤事務員・非常勤事務員】各1名追加 【栄養士】1名非常勤採用	【常勤看護師】10名追加（合計30名） 【非常勤看護師】15名追加（合計30名） 【事務員】常勤1名・非常勤1名追加
常勤看護師1人1月あたり訪問件数	90	80	80	80
常勤療法士1人1月あたり訪問件数	90	90	90	90
組織体制		常勤看護師の訪問件数を90→80 所長訪問10件、主任40件、常勤リーダー1名（40件）	2チーム制 所長、主任訪問なし 常勤リーダー2名（40件）	4チーム制 所長、主任訪問なし 常勤リーダー4名（40件）
外部リソースの活用	心理カウンセラー1名、 顧問弁護士1名	経営管理部門の強化、中小企業診断士1名、社労士1名 電子カルテ入力、サポート1名		
新たな取り組み		<ul style="list-style-type: none"> 訪問圏内を2km以内に限定 常勤看護師の月訪問件数減少 リーダー看護師の育成 リーダーや主任による同行訪問を行い、看護の質の向上、休暇取得のための交代が可能な体制を作る 電子カルテ導入 魅力あるHPの作成で職員の呼び込み。 	<ul style="list-style-type: none"> 暮らしの保健室の開設、地域住民との直接的な接点を作る。早期介入により早期改善、悪化予防につなげる 人材確保のための教育投資（5年目勤続職員への研修支援金50～100万円。資格取得、外部視察後の3年間のステーションでの活動プランを立案させ、権限と責任を持たせる） 中小企業診断士、社労士、弁護士と新規開業希望者のための研修プログラムの共同開発をし、3～5年の期間限定の採用 	

5. 考察・結論

A訪問看護ステーションは経営戦略の転換期を迎えている。13年間の看護の実践により、地域の依頼元である病院連携室・診療所医師・介護支援専門員・地域高齢者の信頼と支持を得て、中規模の訪問看護ステーションに成長した。質的な成長を目指し、常勤看護師の育成に力を入れて、一定の質の成長を遂げたと言える。しかし、看護師の疲労が続いているのは、看護の質は低下し、さらに退職者を出すことが考えられる。常勤看護師だけでなく、得意分野や就業できる時間の異なる非常勤看護師の採用で、24時間365日の訪問看護の実施が可能になると考えられる。

A訪問看護ステーションの成長戦略は、増えゆく北須磨地区の高齢者の質及び量のニーズに応え、看護師にとってそれぞれ異なる職務満足やライフワークバランスを実現し、かつ適正な利益を得ることの可能性を示唆している。

収支予測では、看護師ひとりの訪問看護による収益を月80件の訪問を前提に計算しているが、採用から半年程度は同行訪問などの研修期間を要する。80件の担当を持ち、初回訪問・医療ニーズやケアマネジメント・関係する他職種との連携や調整などを自立してできるようになるまでに一年程度は要するため、実際の収益は見通しを下回ると予想される。大規模化する訪問看護ステーションを経営するためには、専門の研修や、内外の人的資源を活用した経営管理部門の充実、また、地域住民との情報交換や相談、居場所づくりとして「暮らしの保健室」の開設・運用のための資金が必要であり、それを実現するための利益を得ることが必要である。さらに計上していない職員の退職金の貯えも必要とする。本稿では概算で求めたが、さらに詳細な収支シミュレーションを実施する予定である。

また今後、医療介護にかかる財政難から、利用者負担の増加も検討されている。介護と比較して高額な訪問看護の利用の差し控えなど、制度の改定の影響を受けるものと思われる。今後、依頼元だけを頼りにせず、直接に地域住民との交流を持ち、要介護状態になる前からの健康支援を行う必要がある。要介護状態となって療養管理が必要となった時に、訪問看護の必要性を判断できて、直接依頼をもらえるような、地域住民に密着した訪問看護のあり方を見出すことが求められる。

子供世帯からの支援のない高齢者夫婦・単身世帯も増える傾向である。医療介護サービスだけでは担えない暮らしの隅々まで支えることがどのようにできるのか、最後まで過ごすことができるのかについては、一例ずつ本人・家族・担当する多職種で相談を重ねていく。本人の意思の実現を中心に、どこまでの暮らしを望むのか、役割分担に

ついて検討を重ねてゆくしかない。一世帯の問題ではなく、地域住民と共に支え合う仕組み作りが不可欠であり、機能強化型訪問看護ステーションであるA訪問看護ステーションに期待される役割である。

以上の考察から、A訪問看護ステーションにとって、さらなる大型化の道が最善であることが示唆される。高齢者も職員も地域の医療介護資源も内外の状況によってニーズは変化するため、大型化を進めつつ詳細な内容については、単年度ごとに評価しながら見直す必要があるが、A訪問看護ステーションの今後の成長戦略によるさらなる大型化は地域高齢者、働く看護師にとっても最善と考えられ、大型化の成功に全力に尽くしたい。

謝辞

レビューの作成におきまして最後までご指導をいただきました諸先生方に感謝申し上げます。

参考文献(引用文献を含む)

- [1] 青木正人(2013)「地域包括ケアを支える訪問看護ビジネスとは」『訪問看護と介護』18巻5号、400-405頁。
- [2] 上野桂子(2016)「地域包括ケア推進において訪問看護に求められるもの」『地域リハ』11巻11号、702-707頁。
- [3] 角田直枝(2016)『訪問看護師は所長で育つ』日本看護協会出版会。
- [4] 小山秀夫(2004)『訪問看護ステーションのマネジメントA to Z』医学書院。
- [5] 佐藤美穂子(2005)『訪問看護経営管理』日本看護協会出版会。
- [6] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規出版。
- [7] 日本訪問看護振興財団(2010)『訪問看護ステーションの経営のコツ』日本看護協会出版会。
- [8] 日本訪問看護財団(2015)『訪問看護のあゆみ』日本訪問看護財団。
- [9] 萩原正子、梅本哲(2008)『訪問看護ステーションの経営・運営のコツ』コミュニティケア 2008年10月臨時増刊号、日本看護協会出版会。
- [10] 福井小紀子「地域全体をつなぐ機能強化型訪問看護ステーション」『訪問看護と介護』21巻7号、506-516頁。
- [11] 森本有里他(2015)「神戸市内の高齢者福祉施設の看取りと終末期ケアに対する

実態調査」『Palliative Care Research』10 巻 1 号、120-124 頁。

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン（平成 20 年 6 月）」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [2] 厚生労働省「社会保障給付費の推移」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000128233.pdf>（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [3] 厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書（平成 16 年 7 月）」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [4] 厚生労働省「平成 29 年我が国の人口動態」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [5] 厚生労働省「第 142 回社会保障審議会介護給付費分科会資料」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000170293.html>（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [6] 神戸市「神戸市介護保険制度の実施状況」
<http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/shiryo/jisshi/index.html>
（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [7] 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp
（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [8] 須磨区ホームページ
<http://www.city.kobe.lg.jp/ward/kuyakusho/suma/shoukai/>（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [9] 全国訪問看護事業協会「平成 29 年訪問看護ステーション数調査結果」
<https://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/h29-research.pdf>（2017 年 9 月 1 日アクセス）。
- [10] 日本看護協会、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業協会「訪問看護アクションプラン 2025」

- <http://www.jvnf.or.jp/2017/actionplan2025.pdf> (2017年9月1日アクセス)。
- [11] 兵庫県「兵庫県推計人口(平成29年8月1日現在)」
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk11/jinkou-tochitoukei/suikeijinnkou.html>
(2017年9月1日アクセス)。
- [12] 兵庫県「平成27年保健統計年報(市区町村別死亡数・死亡場所)」
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf02/documents/h27dailsetsu.xls> (2017年9月1日アクセス)。
- [13] 平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)
「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業報告書」
<https://www.zenhokan.or.jp/pdf/surveillance/h24-1.pdf> (2017年9月1日アクセス)。
- [14] 平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)
「訪問看護のケア実態及び必要性に関する調査研究事業報告書」
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/23_houmonkango.pdf (2017年9月1日アクセス)。